

¿CÓMO PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS PARA EJERCER SUS DERECHOS?

Si desea hacer uso de sus derechos de privacidad explicados en este Aviso, por favor, llámenos o escribanos a:

Privacy Officer
CA Department of Health Services
P.O. Box 942732
MS 4722
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 255-5259 o (877) 735-2929 TTY/TDD

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad y desea presentar una queja, puede llamar o escribir a:

Privacy Officer
CA Department of Health Services
P.O. Box 942732
MS 4722
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 255-5259 o (877) 735-2929 TTY/TDD

o

Secretary of the U.S. Department of Health
and Human Services
Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102

Para más información, llamar al
(800) 368-1019
o a la

U.S. Office for Civil Rights al
(866) OCR-PRIV (866-627-7748)
o (866) 788-4989 TTY

SIN REPRESALIAS

No podemos negarnos a pagar sus facturas ni tomar represalias contra usted de ninguna manera, si usted presenta una queja o utiliza los derechos de privacidad presentados en este Aviso.

PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, o si desea más información, póngase en contacto con el Privacy Officer, California Department of Health Services, escribiendo o llamando a la dirección y al número indicados anteriormente.

Para obtener una copia de este aviso en otros idiomas, en Braille, en letra grande, en audiocassette o en disquete de computadora, por favor llame o escriba al Privacy Officer, al número y la dirección indicados anteriormente.

California
Department of Health Services



AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE LOS PROGRAMAS PSCB Y EMSA

Vigente a partir del 14 de abril de 2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y HACERSE PÚBLICA SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, REVISE DETALLADAMENTE ESTA INFORMACIÓN.

USTED Y SU PRIVACIDAD

El programa PSCB de médicos contratados y el programa EMSA de asignaciones para servicios médicos de urgencia deben mantener su información médica confidencial. Los médicos y las personas que trabajan con ellos nos envían información sobre usted cuando nos piden que aprobemos y paguemos a asistencia médica que usted recibe. PSCB/EMSA tienen la obligación de darle a usted este Aviso legal, indicarle que su información médica es confidencial, e informarle de sus derechos.

CAMBIOS AL AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

PSCB/EMSA deben obedecer las normas indicadas en este Aviso. Tenemos el derecho de cambiar nuestras normas de privacidad y utilizarlas con todos los documentos del programa, pero si hacemos algún cambio, volveremos a escribir este Aviso, y enviaremos una copia inmediatamente a todas las personas que reciben asistencia médica a través de los programas PSCB/EMSA.

CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DISTRIBUIR SU INFORMACIÓN

- ♦ PSCB/EMSA deben obedecer las leyes sobre el uso y la distribución de la información personal. La información que tenemos sobre usted, como por ejemplo, su nombre, su dirección, datos personales, historial médico, y tratamientos que haya recibido, se utiliza y se distribuye principalmente por motivos relacionados con el pago de facturas a través de los programas PSCB/EMSA. Por ejemplo, utilizamos su información médica para comprobar si las leyes del programa permiten pagar la asistencia médica que usted recibe.
- ♦ Los programas PSCB/EMSA también pueden distribuir su información médica para manejar la asistencia de programas del gobierno, como por ejemplo, para pagar facturas o en los procesos de auditoría del programa.

- ♦ A veces, los programas PSCB/EMSA tienen que distribuir la información por orden legal, como por ejemplo en los casos de compensación al trabajador.

CUANDO SE NECESITA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Los programas PSCB/EMSA tienen limitaciones para utilizar o distribuir su información. Si deseamos utilizar su información personal por razones no indicadas anteriormente, necesitamos obtener su autorización por escrito.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS LEGALES DE PRIVACIDAD?

- ♦ Usted tiene derecho a pedirnos que no utilicemos o distribuyamos su información médica personal en las formas indicadas anteriormente, pero es posible que no podamos respetar sus deseos, ya que necesitamos compartir esa información para poder pagar al doctor por los servicios médicos.
- ♦ Usted tiene derecho a pedir que sólo nos pongamos en contacto con usted por escrito, escribiendo a una dirección diferente, a un apartado de correos, o por teléfono. Aceptaremos cualquier solicitud razonable si es por razones de seguridad.
- ♦ Tiene derecho a ver y obtener una copia de la información que los programas PSCB/EMSA tienen sobre el niño. También pueden ver y obtener copias las personas legalmente autorizadas a actuar en su nombre (sus representantes legales). Disponemos de información sobre las facturas de su atención médica y sobre algunos datos sobre su salud que se utilizan para aprobar los servicios que usted necesita. Le enviaremos un formulario para que lo complete y tendrá que pagar una cantidad para que hagamos la copia y le enviemos los documentos.

- ♦ Usted tiene derecho a pedir que se cambie la información que tenemos sobre usted si cree que es incorrecta o incompleta. Podríamos negarnos a cumplir con su petición si la información no viene de nuestros programas o no la mantenemos nosotros, o si ya está correcta y completa. Si se niega su petición, usted puede escribir una carta indicando que no está de acuerdo con nuestra decisión.
- ♦ Cuando los programas PSCB/EMSA utilizan su información médica por otros motivos que el pago de facturas o la auditoría, usted tiene derecho a pedir una lista de la información que hemos compartido, con quién. Cuando, y por qué motivo.
- ♦ Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de prácticas de privacidad. También puede obtener una copia de este aviso en nuestra página de Web, en: www.dhs.ca.gov

◀◀◀ IMPORTANTE ▶▶▶

LOS PROGRAMAS PSCB/EMSA NO TIENEN COPIA COMPLETA DE TODOS SUS DOCUMENTOS MÉDICOS. SÓLO TIENEN INFORMACIÓN NECESARIA PARA PAGAR LAS FACTURAS QUE NOS ENVÍAN POR SUS SERVICIOS. SI DESEA VER, OBTENER UNA COPIA O CAMBIAR SUS DOCUMENTOS MÉDICOS, POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON SU MÉDICO.